AUS DEM GESUNDHEITSAMT DES KANTONS BASEL-STADT
VORSTEHER: PROF. HUNZIKER

Über die Tätigkeit der Mütterberatungsstellen in Basel

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Arnold Haenel med. pract.

aus Basel

BASEL
Buchdruckerei Emil Birkhäuser & Cie.
1932

AUS DEM GESUNDHEITSAMT DES KANTONS BASEL-STADT
VORSTEHER: PROF. HUNZIKER

Über die Tätigkeit der Mütterberatungsstellen in Basel

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Arnold Haenel med. pract.

aus Basel

BASEL
Buchdruckerei Emil Birkhäuser & Cie.
1932

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt, auf Antrag von Professor Dr. H. Hunziker, am 7. März 1932.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEINEM VEREHRTEN LEHRER
HERRN PROF. DR. HUNZIKER
GEWIDMET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544316_0016

Einleitung.

Der Gedanke einer offenen Säuglingsfürsorge ist den antiken und mittelalterlichen Völkern fremd gewesen. Im Altertum durfte der Finder eines ausgesetzten Kindes dieses für sich behalten und als Sklaven aufziehen (44). Diese Art der Fürsorge steht jedoch keineswegs im Einklang mit den heutigen Fürsorgebestrebungen, denn, sobald man sich dafür bezahlen lässt, so ist es eben keine Fürsorge mehr.

Im christlichen Altertum lag die Betreuung von Findlingen in den Händen der Geistlichkeit. Die Gründung der Findelanstalten war eine Reaktion des Christentums auf die heidnische Unsitte der Kinderaussetzung (15). Eingebaute Drehladen gestatteten es der Mutter, die sich des Kindes entledigen wollte, ihr Kind unerkannt dem Findelhaus zu überlassen.

Die eigentliche Fürsorge für das Kind, speziell für den Säugling, ist in Frankreich ins Leben gerufen worden, einem Land, wo schon von jeher der sehr geringe Geburtenüberschuss eine schwere Sorge der Politiker gewesen ist. So ist es denn nicht verwunderlich, wenn das grundlegende Werk von Budin „Le nourrisson" zum Verfasser des Vorworts einen Politiker hat (7).

Alles, was vor den Beratungsstellen Budins existierte, war nicht Säuglingsfürsorge, sondern Armenpflege, nicht prophylaktisches Eingreifen, sondern mitleidvolles Zudecken sozialer und moralischer Schäden (15).

Bei seiner Tätigkeit als leitender Arzt einer Entbindungsanstalt in Paris machte Budin die Erfahrung, dass ein grosser Prozentsatz der in der Anstalt geborenen Kinder das erste Lebensjahr nicht vollendete. Er kam deshalb auf den Gedanken, die in der Anstalt geborenen Säuglinge auch weiterhin zu beobachten und empfahl daher den Müttern, das erste Mal nach 4 Wochen, dann alle 8 bis 14 Tage ihre Säuglinge zu zeigen. Dabei wurde dann die Art der Ernährung besprochen, das Kind gewogen, und, wo künstliche Ernährung nicht zu umgehen war, gleich auch trinkfertige sterilisierte Kuhmilch verabfolgt. Damit war im

Jahre 1892 die erste „Consultation de nourrissons" begründet mit dem Zweck,

„. . . de diriger les mères, les engager à continuer l'allaitement au sein, et, dans les cas, où cet allaitement deviendrait insuffisant, les aider en leur donnant du lait de vache stérilisé."

Diesem Beispiel folgten viele andere. So führte Oppenheimer dasselbe System der Mütterberatung 1905 in München ein, wo bereits 1904 die Auszahlung von Stillprämien bewilligt wurde (30, 31). Jedoch schon vorher, etwa von 1903 an, hat man in verschiedenen Staaten begonnen, Beratungsstellen für Mutter und Kind im Sinne Budins zu errichten.

Auf dem „Congrès international pour la protection de l'enfance" in Bruxelles 1913 wies Ausset mit besonderem Nachdruck darauf hin, dass die „Consultation de nourrissons" eigentliche Mütterschulen sein sollten.

„Le métier de mère de famille ne peut pas s'apprendre avec des conférences; c'est surtout en voyant soigner d'autres enfants."

Er ging davon aus, dass die Erfolge der Bekämpfung der Kindersterblichkeit nicht proportional seien den Anstrengungen, die man gemacht habe. Daher müsse das wichtigste Ziel eine Erziehung des Publikums und eine intensive Verbreitung der hygienischen Kenntnisse sein; und der grösste Teil des Problems sei gelöst, wenn die Mütter und die zukünftigen Mütter genügend belehrt würden. So liessen sich die Magendarmstörungen vermeiden; und das sei auch für das spätere Gedeihen des Kindes von eminenter Bedeutung. Als Beispiel führt er an:

„Combien d'enfants, s'ils avaient été bien nourris antérieurement ne seraient pas devenus tuberculeux" (1).

So sind viele für den Gedanken der Mütterberatung eingetreten — ich brauche nur an Tugendreich zu erinnern — und haben die ursprünglichen „Consultation de nourrissons" zu einem wohl ausgebauten Zweig der offenen Säuglingsfürsorge entwickelt.

Der Zweck, die Aufgabe der Beratungsstelle ist unentgeltliche ärztliche Überwachung des gesunden Säuglings, und zwar des fürsorgebedürftigen. Der Begriff der Fürsorgebedürftigkeit wird nach Tugendreich folgendermassen definiert:

„Eine Mutter, der während der Schwangerschaft, des Wochenbetts, der Stillperiode, ein Säugling, dem während des ganzen ersten Lebensjahres eine hygienischen Mindestforderungen entsprechende Existenz nicht dauernd gewährleistet werden kann, ist fürsorgebedürftig."

Diese Überwachung besteht in Kontrolle der Gewichtszunahme und genauer Prüfung des Gesundheitszustandes. Hand in Hand

damit geht die Aufklärung, Belehrung und Beratung der Mutter, die in erster Linie in einer eindringlichen Stillpropaganda gipfelt.

Dass bei der oft etwas langweiligen und monotonen Arbeit der Erfolg im wesentlichen abhängig ist von der Persönlichkeit des Arztes, darauf hat bereits Budin schon hingewiesen.

Die Beratung erstreckt sich in erster Linie auf die Pflege und Ernährung sowohl des gesunden, wie des kranken, speziell magendarmkranken Säuglings. Die Hauptsache bleibt aber, wie besonders Spaet betont (40), die Verbreitung der natürlichen Ernährung, und über die künstliche Ernährung sollen erst dann Ratschläge erteilt werden, wenn sie nicht zu umgehen ist.

Die Tätigkeit des Arztes soll zweckmässig unterstützt werden durch angestellte Aufsichtspersonen, wie Fürsorgerinnen, Hebammen etc., welche in der Sprechstunde behilflich sind und die Pflege der Säuglinge ausserhalb der Beratungsstelle durch Hausbesuche überwachen (nachgehende Fürsorge).

Hauptausrüstungsgegenstände einer Beratungsstelle sind: eine Wage, ein Untersuchungstisch und Waschgelegenheit.

Als wirksames Mittel zur Verbreitung der natürlichen Ernährung dienen Stillbeiträge, die auf Grund eines Stillzeugnisses verabfolgt werden. Gerade dieses Problem war der Gegenstand mancher Diskussionen, und es sind Stimmen laut geworden, welche die Bezahlung der Erfüllung einer selbstverständlichen Aufgabe für unnötig oder gar schädlich hielten. Ferner sollen die Hebammen die Mütter den Beratungsstellen zuweisen und sie zum Stillen anhalten, wofür sie eine Geldbelohnung erhalten sollten. Dieser Vorschlag ist freilich anfechtbar, denn es lässt sich auch hier mit Recht einwenden, dass die Erfüllung einer selbstverständlichen Pflicht keine Belohnung erheische (40).

Die Tätigkeit der Mütterberatungsstellen in Basel.

Im Jahre 1906 wurde in Basel auf Initiative von Prof. Feer der Verein für Säuglingsfürsorge gegründet. Massgebend bei der Gründung des Vereins war das Ziel, Belehrung über richtige Ernährung und Pflege des Säuglings speziell denjenigen Kreisen der Bevölkerung zukommen zu lassen, die aus finanziellen oder anderen Gründen in den Bereich der Fürsorgebedürftigkeit entsprechend der Tugendreich'schen Definition fielen. Die Arbeit wurde in folgender Weise eingeteilt:

1. Unentgeltliche Beratung über Säuglingspflege.
2. Spital für magendarmkranke Säuglinge (Säuglingsheim).
3. Säuglingsmilchküche.

Befassen wir uns nun mit den Beratungsstunden für Mutter und Kind, und wie sich diese zu den heutigen Mütterberatungsstellen entwickelt haben.

Bis 1913 kam man mit den Beratungsstunden, die dreimal wöchentlich im Säuglingsheim abgehalten wurden, aus.

1914 wurden ausser im Säuglingsheim je eine wöchentliche Beratungsstunde in der Speisehalle Claragraben und im Isaak Iselin-Schulhaus abgehalten.

Schon im Jahre 1909 findet sich im Jahresbericht der Hinweis, dass es vielleicht von Vorteil wäre, wie an anderen Orten, zur Hebung der Stilltätigkeit Stillprämien einzuführen, während später (1913) doch die Befürchtung ausgesprochen wird, dass die Stillprämien vom moralischen und erzieherischen Standpunkt aus betrachtet, wohl nicht ganz unbedenklich wirken dürften.

1915 wurden zum ersten Male 22 Frauen für Stillprämien empfohlen, die zehn Wochen lang ihren Kindern ausschliesslich Brust gereicht hatten. Im gleichen Jahr bot der Verein für Frauen- und Kinderschutz das Wandermuseum für Säuglingsfürsorge zur Ausstellung an. Dieses Anerbieten wurde angenommen, und so war Basel die erste Schweizerstadt, in der diese neue Art der Volksbelehrung und Aufklärung durchgeführt wurde. Als Ausstellungsraum wurde eine Lokalität im ersten Stock der Hauses Schifflände Nr. 3 zur Verfügung gestellt.

Da es sich zeigte, dass die Kontrolle der Säuglinge dadurch erschwert wurde, dass sie oft nach ein- oder zweimaligem Vorweisen wegblieben, ohne dass man den Grund des Wegbleibens erfuhr, wurde auf Initiative von Herrn Dr. Forcart schon Ende 1914 die Anstellung einer Fürsorgeschwester beschlossen. Dadurch war die Möglichkeit gegeben, Mütter in der Säuglingspflege- und Ernährung zu Hause zu unterrichten und säumige aufzufordern, ihr Kind wieder in der Sprechstunde zu zeigen und wiegen zu lassen.

1917 wurde die Beratungsstelle Isaak Iselin-Schulhaus ins Weiherweg-Schulhaus verlegt.

1920 veranstaltete der Verein für Säuglingsfürsorge, zusammen mit dem Verein „Für Wort und Bild" und dem Samariterverband die Vorführung eines Kinderfürsorgefilms.

1921 ist das Jahr der Neuregelung der staatlichen Stillprämie. Bisher erhielt die stillende Mutter nach Ablauf von 10 Wochen eine Prämie von Fr. 40.—, und zwar Fr. 20.— vom Kanton und Fr. 20.— vom Bund. (Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911.) Die Bestimmung

betreffend die Leistungen an Wöchnerinnen trat 1914 in Kraft. Von nun an sollte nach 5 Wochen den stillenden Müttern eine erste Prämie von Fr. 50.—, und nach 10 Wochen eine zweite Prämie von Fr. 70.— zuerkannt werden. Von diesen im ganzen Fr. 120.— stammen Fr. 100.— vom Kanton, während der Rest vom Bund bestritten wird (Fr. 20.— nach 10 Wochen).

Im Jahresbericht 1923 wird betont, dass diese neue staatliche Stillprämie kostspielig sei, ohne dabei einen wesentlichen Einfluss auf das Stillen auszuüben.

Das Jahr 1926 hat einen erheblichen Aufschwung der Stilltätigkeit zu verzeichnen, welcher der Stillpropaganda und wohl auch der hohen Stillprämie zuzuschreiben ist.

Auf Veranlassung des Frauenvereins wurde ein dreiabendlicher Kurs über Säuglingspflege- und Ernährung in Riehen abgehalten.

1927 wurde in Riehen und 1930 an der Vogesenstrasse je eine neue Beratungsstelle gegründet.

Die Stilltabelle von 1929 weist nach dem Jahresbericht kaum einen Fortschritt auf gegen früher, während mehr als die doppelte Anzahl Stillprämien verabfolgt wurden.

Das Arbeitsprogramm der Mütterberatung zerfällt in zwei wichtige Unterabteilungen.

1. *Die Sprechstunde* wird von einem Kinderarzt abgehalten. Sie besteht zunächst in einer Untersuchung des Säuglings und einer Beratung der Mutter. Über jeden in die Beratungsstunden gebrachten Säugling wird eine Krankengeschichte geführt, in die der Arzt bei jeder Konsultation seine Notizen über die Untersuchung macht, wie Gewicht, körperliches Befinden, eventuelle Krankheiten, oder Ratschläge, Überweisungen und eventuelle Verordnungen.

Die Beratung der Mutter besteht zunächst in Erteilung von Ratschlägen betreffend die hygienische Pflege des Kindes und ganz besonders die Ernährung des Kindes. Diese Beratung soll eine ganz individuelle sein.

> „Die Erfahrungen der Consultation de nourrissons und der gouttes de lait haben zur Evidenz ergeben, dass die besten Erfolge dann erzielt werden, wenn jedes Kind und jede Mutter einzeln und individualisierend unter ärztlicher Aufsicht gehalten werden kann“ (7).

Gerade die Ernährung des Kindes erfordert eine eingehende Besprechung und Beratung. Wieviele Kinder kommen mit leichten Erscheinungen einer Ernährungsstörung, wo einige

richtige Vorschriften, zweckmässige Ratschläge, oder die Verabreichung der richtigen Milchmischung aus der Milchküche rasch wieder die Magendarmstörung in Ordnung bringen. Dadurch werden die Beratungsstellen zu richtigen Stätten der Belehrung, zu Mütterschulen (1), denn es gelingt so, Ernährungsfehler und ihre unmittelbaren Auswirkungen ad oculos zu demonstrieren, zumal, wenn mehrere Frauen zugleich der Beratung im Sprechzimmer beiwohnen (indirekte Methode der Volksbelehrung, 38). Anschauungsunterricht pflegt eben nachhaltiger zu wirken, als theoretische Auseinandersetzungen. Die Hauptaufgabe der Mütterberatung besteht also in Vorbeugung.

Oft genug aber werden Säuglinge mit beginnenden oder voll entwickelten Krankheiten in die Beratungsstunde gebracht. In solchen Fällen verweist man die kleinen Patienten je nach den Umständen und je nach der Krankheit ins Säuglingsheim, ins Kinderspital oder zum Privatarzt, denn es ist zunächst nicht Aufgabe der Mütterberatungsstelle zu behandeln, sondern eben: zu beraten. Freilich gibt es genug Ausnahmen, die berechtigt sind, und das ist das Gebiet der Bagatellerkrankungen, wie z. B. Ausschläge und kleine Nabelhernien. In diesen Fällen ist es oft nicht der Ausschlag oder die Nabelhernie, weswegen die Mütter ihre Säuglinge zur Sprechstunde bringen, sondern sie wollen sich in erster Linie Rat holen wegen der Ernährung ihres Kindes. Schliesslich geht es auch nicht an, wegen eines geringfügigen Ausschlages oder wegen eines kleinen Nabelbruches die Mutter in die Poliklinik oder zum Arzt zu schicken. Eine zweckentsprechende Salbe ist schnell verschrieben und rasch hat man ein kleines Nabelpflaster angelegt. — Ebenso verschreibt man bei beginnender Kraniotabes etwas Vigantol, oder unterbindet ein Nabelgranulom etc.

Da die Wohltat der Fürsorge in erster Linie den Fürsorgebedürftigen zugute kommen soll, ist man bestrebt, besser situierte an die Privatsprechstunden der Ärzte zu überweisen.

Die Erfassung der Säuglinge in den Beratungsstunden genügt aber nicht, denn wenn auch viele Mütter dazu gebracht werden können, ihre Säuglinge regelmässig zu zeigen, so bleibt es bei vielen doch nur bei einem oder zwei Besuchen, ohne dass man den Grund des Wegbleibens erfährt. Daher ist eine wichtige Ergänzung der Sprechstunden-Tätigkeit

2. *Die nachgehende Fürsorge.* Eine angestellte Fürsorgeschwester, die bei den Sprechstunden mit anwesend dem Arzt behilflich ist und die Vorberatung, das Wiegen der Kinder etc. leitet, hat daneben die wichtige Aufgabe, fürsorgebedürftige

Säuglinge, die nicht mehr zur Sprechstunde kommen, aufzusuchen. Der Zweck dieser nachgehenden Fürsorge ist der, nach den Säuglingen und Pflegkindern zu sehen, die nicht mehr in die Beratungsstunden gebracht werden, nachlässige Mütter aufzufordern, ihre Kinder in die Sprechstunde zu bringen, Anleitung in der Pflege und der richtigen Zubereitung der Säuglingsnahrung zu geben. Dadurch gelingt es, fürsorgebedürftige Mütter in ihrem Milieu ausfindig zu machen und die Verhältnisse kennen zu lernen, unter denen eine Unterstützung in Geld oder Naturalgaben angezeigt ist.

Die Resultate der Mütterberatung.

Die Ernährungsvorschriften, die den Müttern in den Sprechstunden gegeben werden, sind in erster Linie eine Propaganda

für die natürliche Ernährung. Der Wert einer Stillpropaganda in der Mütterberatungsstelle ist freilich nur ein beschränkter, wenn nicht auch an andern Orten, schon im Schulalter, vor der Geburt und sofort nach der Geburt, das Selbststillen des Kindes als selbstverständliche Pflicht der Mutter gelehrt wird.

Dafür wird tatsächlich in umfassender Weise Sorge getragen: Die Unterweisung der Schülerinnen im Haushaltungsunterricht, die „Pflicht-Stillpropaganda" der Hebammen und besonders auch die Verteilung der „Regeln für die Ernährung und Pflege des Säuglings" mit Adressen- und Sprechstundenangabe der Mütterberatungsstellen haben mit dazu beigetragen, die Stilltätigkeit gegen früher sehr zu heben. Diese „Regeln für die Ernährung und Pflege des Säuglings" sind eine Publikation des Gesundheitsamtes und werden vom Zivilstandsbeamten bei der Anmeldung einer jeden Geburt abgegeben.

Die Stillkurve zeigt, dass die Anzahl der Säuglinge, die mindestens einen Monat gestillt wurden, erheblich zugenommen hat bei den in den Beratungsstellen vorgestellten Kindern. Die niedrigste Prozentzahl der einen Monat und länger gestillten Säuglinge betrug 23,8% im Jahre 1908, während in den letzten Jahren die Zahlen sich in der Grössenordnung zwischen 55 und 65% bewegen. Einen rapiden Anstieg der Stilltätigkeit hatte die Einführung der Stillprämie zur Folge (1916—1919). Die Neuregelung der staatlichen Stillprämie 1921 jedoch hat auf die Stilltätigkeit nur einen sehr geringen Einfluss ausgeübt.

Auffallend ist, dass die Anzahl der nicht gestillten Säuglinge dem steilen Anstieg der Stilltätigkeit von 1916—1919 zwar entsprechend gefallen ist, dass sie aber seit dem tiefsten Stand im Jahr 1921 (5%), wieder gestiegen ist, und sich in den letzten Jahren in der Grössenordnung zwischen 15 und 20% bewegt.

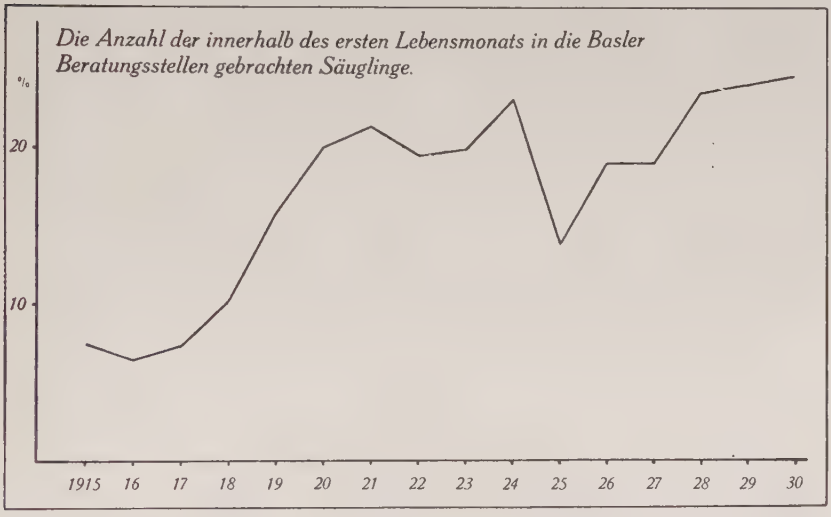
Die Zusammenstellung der Anzahl der sechs Monate und länger gestillten Säuglinge ergibt nur eine sehr geringe Zunahme. Die Prozentzahl beträgt in den letzten Jahren ca. 3,7%.

Ein Überblick über die Stillkurven lässt also erkennen, dass die Stilltätigkeit erheblich, die Stilldauer aber nur sehr wenig zugenommen hat. Dies hängt sicher damit zusammen, dass die Mütter erfahrungsgemäss nach zehn Wochen, nachdem sie das letzte Stillgeld erhalten haben, mit Stillen aufhören. Immerhin sind beide Tatsachen als wichtige Erfolge zu buchen.

Ich habe oben darauf hingewiesen, dass der Wert der Stillpropaganda in den Beratungssprechstunden beschränkt ist, wenn sie nicht Hand in Hand geht mit entsprechender Belehrung an anderen Stellen. Aber selbst der Nutzen der Stillpropaganda in den Beratungsstellen ist in Frage gestellt, wenn die Mütter nicht möglichst früh mit ihren Säuglingen zur Sprechstunde kommen. Diese Belehrung der Mütter, ihre Säuglinge möglichst

früh unter ärztliche Aufsicht zu stellen, gehört auch mit in den Aufgabenbereich der Säuglingsfürsorge. Neben den aufklärenden Veranstaltungen, wie Fürsorgefilme, Verbreitung von Flugschriften, Beratung durch die Hebamme und Unterweisung in der Schule ist es wieder die Mütterberatungsstelle, die immer wieder auf den Nutzen der möglichst frühzeitigen Vorstellung des Säuglings hinweist; auch wenn nur indirekt, durch Weitererzählen und Herumsprechen, diese wichtige Erkenntnis im Publikum verbreitet wird.

So sehen wir denn, dass die Anzahl der innerhalb des ersten Lebensmonats in die Beratungsstellen gebrachten Säuglinge



im Jahre 1916 6,5%, und im Jahre 1930 24,6% betrug. Diese Zunahme muss ebenfalls ein wichtiger Erfolg genannt werden. Freilich ist er nicht allein durch die Mütterberatungsstellen bedingt.

Wo eine natürliche Ernährung des Säuglings nicht möglich ist, werden Richtlinien gegeben für die Bereitung der Schoppen, die Mengenverhältnisse von Milch und Verdünnungsflüssigkeit (wie Schleim, Paidol), Zusatz von Zucker, ferner Zeit und Art der Darreichung der Schoppen etc.

	Missbildungen	Hernien	Infektionskrankheiten	Erkrankungen der Atmungsorgane	Avitaminosen: Rachitis, Tetanie	Magendarmstörungen	Hautkrankheiten	Otitis media	Anzahl der beobachteten Kinder
1907	7	16	4	18	15	73	11	6	187
1908	4	12	4	24	19	124	23	5	202
1909	6	16	1	44	16	126	24	3	206
1910	7	19	2	30	20	90	28	4	202
1911	13	11	1	29	14	129	35	3	242
1912	14	61	6	60	42	137	56	7	226
1913	19	55	13	59	59	146	86	9	233
1914	25	82	5	74	69	197	92	6	338
1915	16	39	1	58	31	119	70	5	500
1916	14	41	5	51	29	94	49	3	521
1917	19	39	5	24	14	73	49	4	457
1918	9	29	2	23	9	72	35	2	337
1919	8	49	4	31	27	91	47	4	334
1920	25	54	3	37	57	136	80	3	454
1921	35	92	2	61	92	180	144	5	513
1922	36	110	2	44	69	153	149	6	493
1923	35	115	—	63	61	151	100	10	503
1924	25	99	—	51	52	146	97	8	530
1925	28	130	4	54	52	141	108	8	597
1926	27	127	2	56	52	143	114	10	625
1927	27	152	—	59	60	154	118	9	688
1928	27	144	1	61	80	197	122	13	813
1929	22	137	1	60	71	193	105	5	851
1930	13	81	—	60	68	134	94	10	852

In oben stehender Tabelle sind die häufigeren Erkrankungen angeführt. Ausser diesen sind noch folgende Krankheiten beobachtet worden:

1907	Poliomyelitis acuta ant.	1
	Osteomyelitis	1
	Lues congenita	2
1910	Frakturen	1
	Morbus Barlow	1
1912	Diphtherie	1
	Scabies	1
	Peritonitis	1
	Verbrennungen	1
1913	Diphtherie	1
	Scabies	2
	Dakryocystitis	1

1913	Nystagmus	1
	Tbc. pulm.	1
	Narbenkontrakturen	1
	Vaginitis	1
	Balanitis	1
	Epizoen	2
1914	Diphtherie	2
	Peritonitis	1
	Balanitis	1
	Epizoen	1
	Influenza	1
	Panaritium	1
	Verbrennungen	2
	Cystopyelitis	2
	Meningitis	1
1915	Lues congenita	1
	Scabies	1
	Panaritium	1
	Enuresis nocturna	3
	Little'sche Krankheit u. a. Geburtsschädigungen	1
1917	Lues congenita	1
1919	Nystagmus	2
	Enuresis nocturna	1
1920	Nystagmus	1
	Panaritium	1
	Kontrakturen	1
1921	Anfälle ohne Tetanie	1
	Lues congenita	1
	Neuropathie	3
	Vaginitis	1
	Panaritium	1
	Verbrennungen	2
1922	Neuropathie	1
	Panaritium	1
	Verbrennungen	2
	Spina ventosa	1
1923	Lues congenita	1
	Nystagmus	1
	Panaritium	1
	Verbrennungen	1
	Kretinismus	1

1923	Haemorrhoiden	1
1924	Epizoen	1
	Verbrennungen	1
	Plexus-Lähmungen	1
1925	Little'sche Krankheit u. a. Geburtsschädigungen	1
	Verbrennungen	1
	Cysto-Pyelitis	1
	Paralysie douloureuse	1
1926	Frakturen	1
	Parotitis	1
	Little'sche Krankheit u. a. Geburtsschädigungen	1
	Verbrennungen	1
	Zysto-Pyelitis	1
1927	Frakturen	2
	Influenza	1
	Panaritium	1
	Verbrennungen	1
1928	Frakturen	1
	Vaginitis	1
	Balanitis	1
	Verbrennungen	1
	Cysto-Pyelitis	2
	Spasmus nutans	1
1929	Neuropathie	1
	Verbrennungen	1
	Cysto-Pyelitis	1
1930	Balanitis	1
	Verbrennungen	1

Als Beispiele leichterer Erkrankungen, die in den Beratungsstunden behandelt werden, seien folgende erwähnt:

Soor	Therapie:	Rosenhonig, Borax
Nabelhernien	„	Nabelpflaster
Kraniotabes	„	Vigantol, Emuls. Kassowitz, Pulvis antirachitic. etc.
Omphalorrhoe	„	Vioform-Puder
Nabelgranulom	„	Unterbindung, Ung. boric.
Kopfseborrhoe	„	Ung. len. boric.
Ekzem etc.	„	Ol. Zinci, Desitinsalbe etc.

Eine wichtige Frage ist die, wieviel Prozent der Lebendgeborenen in Basel von der Fürsorge erfasst werden. Eine Zahl kann nicht genau angegeben werden, da den Berichten nicht zu entnehmen ist, wieviel Basler Säuglinge innerhalb des ersten Lebensjahres in die Beratungsstellen kommen.

Ein ungefähres Bild lässt sich nur machen, wenn man ausrechnet, wieviel Prozent sämtlicher Säuglinge sich innerhalb des ersten Lebensjahres befinden, und damit die Anzahl der in Basel geborenen Säuglinge in Beziehung setzt, alles auf ein Jahr berechnet. Dabei ergibt sich, dass in den letzten fünf Jahren durchschnittlich 98,5% sämtlicher in die Beratungsstunden gebrachten Kinder das erste Altersjahr noch nicht überschritten hatten. Die Durchschnittszahl aller in Basel geborener Kinder, welche die Beratungsstunden in dieser Zeit besuchten, beträgt ca. 750, und die durchschnittliche Anzahl der Geburten 2500 pro Jahr.

Endlich muss noch die Anzahl derjenigen Säuglinge berücksichtigt werden, die die Beratungsstelle im Kinderspital und die Poliklinik im Frauenspital aufsuchten. Da in den Jahresberichten nicht angegeben ist, ob die Säuglinge von auswärts kommen oder in Basel geboren sind, so kann diese Zahl nicht genau angegeben werden.

Wenn wir die Anzahl der pro Jahr im Kinderspital und im Frauenspital beobachteten Basler Säuglinge mit 250 beziffern — und damit treffen wir ungefähr das richtige — so geht daraus hervor, dass rund 40% der in Basel geborenen Säuglinge von der Fürsorge erfasst werden.

Die Mütterberatungsstelle im Kinderspital wurde im September des Jahres 1914 gegründet; sie unterscheidet sich dadurch von den übrigen Mütterberatungsstellen, dass sie der Kinderpoliklinik angegliedert ist und selber nicht den Charakter einer reinen Beratungsstelle trägt. Die gesunden Kinder stehen freilich auch unter ärztlicher Kontrolle, aber die kranken Kinder werden sämtliche behandelt, soweit eben eine ambulante Behandlung möglich ist. Dadurch erhält die Beratungsstelle im Kinderspital das Gepräge einer Säuglingspoliklinik und bildet denn auch als solche einen wichtigen Bestandteil der Kinderpoliklinik.

In den letzten 3 Jahren wurden in der Beratungsstelle beobachtet:

1928	250 Kinder,	wovon 245 unter 1 Jahr alt
1929	250 Kinder,	wovon 241 unter 1 Jahr alt
1930	319 Kinder,	wovon 299 unter 1 Jahr alt.

Auch an der gynaekologischen Poliklinik am hiesigen Frauenspital pflegt man Mütter, die ihre Säuglinge mit zur Sprechstunde bringen, zu beraten. Dies geschieht jedoch nur im Rahmen der poliklinischen Sprechstunden. Es gibt keine eigentliche Mütterberatungsstunde, die speziell für Säuglinge eingerichtet ist. Im allgemeinen werden die Kinder ans Kinderspital verwiesen. Die Anzahl der Kinder, die zur Beobachtung kommt, ist demnach sehr gering und im Abnehmen begriffen.

In den letzten zehn Jahren wurden untersucht:

1921 . .	150 Kinder	1926 . .	43 Kinder
1922 . .	131 „	1927 . .	66 „
1923 . .	91 „	1928 . .	46 „
1924 . .	75 „	1929 . .	24 „
1925 . .	56 „	1930 . .	42 „

Noch ein kurzes Wort über die Berufe der Eltern, die ihre Kinder in die Beratungsstunde schicken. Vertreten sind fast alle Berufe. Als Beispiele seien folgende angeführt:

Arbeiter — Kaminfeger — Kellner — Kommis — Handwerker — Gärtner — Optiker — Kaufmann — Chemiker — Lehrer — Ingenieur — Rechtsanwalt.

Die Erfolge der Mütterberatung lassen sich erkennen, wenn wir die gesamte Tätigkeit der Mütterberatungsstellen überblicken. Freilich kann man nirgends sagen, dass diese oder jene Verbesserung der Lebensbedingungen des Säuglings allein der Mütterberatung zu verdanken sei. Es sind viele ineinandergreifende Faktoren, deren Auswirkungen wir vor uns sehen, und die Einrichtung der Beratungsstellen ist nur ein wichtiger Faktor unter ihnen. Es sei erinnert an die weitgehende Verbreitung von hygienischen Kenntnissen im Publikum, durch die Schulen, in Kursen, z. B. Volkshochschulkurse, durch Vorträge, Flugschriften, Bücher, Zeitungsartikel und durch manche andere aufklärende Tätigkeit.

Wenden wir uns zunächst der Säuglingsmortalität zu. Sie ist auch in Basel stark zurückgegangen, ähnlich wie an anderen Orten, aber die Art und Weise des Zurückgehens weist doch darauf hin, dass die Einführung der Mütterberatungsstunden mit ihren Begleiteinrichtungen dabei eine entscheidende Rolle gespielt hat.

In ihrer Arbeit über die Säuglingssterblichkeit in Basel von 1870—1925 weist Riva Wulfahrt darauf hin, dass die Säug-

lingssterblichkeit seit 1870—1907 allmählich von 20% auf 12%, seit 1907—1925 aber sehr steil von 12% auf 4% gefallen sei. Dieser „Wendepunkt" der Säuglingssterblichkeit ist das Jahr 1907, und er fällt zeitlich zusammen mit der Gründung des Vereins für Säuglingsfürsorge in Basel, mit Beratungsstunden, Milchküche und Säuglingsheim. Ferner fehlt seit 1907 der Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit. Eine Ausnahme bildet das Jahr 1911, wo die Säuglingssterblichkeit, bezogen auf die Zahl der Lebendgeborenen, im Monat September 30% betrug. Endlich zeigt R. Wulfahrt, dass der Anteil Verdauungsstörungen an der Jahresmortalität 1870—1900 konstant ca. ½ betrug, dass aber von 1908 an dieser Anteil Verdauungsstörungen plötzlich abnimmt, bis unter $^1/_3$, bis auf $^1/_{16}$ (1925).

Dazu passt das Verschwinden des Sommergipfels der Säuglingssterblichkeit, denn dieser war ja fast nur bedingt durch Magendarmstörungen. Diese enorme Abnahme der Magendarmstörungen lässt sich auch am Material der Beratungsstunden ausgezeichnet veranschaulichen (siehe Tabelle).

Im Jahre 1907 waren 39,0% der beobachteten Säuglinge magendarmkrank.

Im Jahre 1915 waren 23,8% der beobachteten Säuglinge magendarmkrank.

Im Jahre 1930 waren 15,7% der beobachteten Säuglinge magendarmkrank.

In ähnlicher Weise, freilich nicht so weitgehend, hat auch die Häufigkeit der anderen Erkrankungen abgenommen, d. h. sie werden seltener in den Beratungsstellen beobachtet.

Eine Ausnahme scheint jedoch die Rachitis zu machen, und ebenso die Hernien. Beide Erkrankungen scheinen im Zunehmen begriffen zu sein.

Es darf aber nicht zuviel Wert auf diese Zahlenwerte gelegt werden. Als Fehlerquellen sind folgende Tatsachen zu berücksichtigen:

1. unterliegt die Stellung der Diagnose, besonders bei unsicheren Fällen, ferner die Aufzeichnung beobachteter Veränderung ganz im freien Ermessen des untersuchenden Arztes. Dass es dabei zu individuellen Unterschieden in der Beurteilung einzelner Fälle kommt, ist ohne weiteres einleuchtend;
2. wissen wir ja nicht mit Gewissheit, ob das Publikum, das heute die Mütterberatungsstellen aufsucht, noch die gleiche Zusammensetzung hat, wie am Anfang; das ist sogar sehr un-

wahrscheinlich. So ist anzunehmen, dass im Verlauf der Zeit der Gedanke der Mütterberatung besser verstanden wurde, als zu Beginn dieser Einrichtung, und dass nun mehr Mütter mit ihren gesunden Kindern zur Kontrolle kommen, und dafür andere mit ihren kranken Kindern mehr die Polikliniken oder Privatärzte aufsuchen.

Diese Verschiebungen im Publikum der Beratungsstellen sind jedenfalls sehr schwer zu beurteilen und erfordern eine recht vorsichtige Bewertung der gefundenen Verhältnisse. Das gleiche gilt natürlich auch für die Stilltätigkeit.

Man bekommt eben immer nur einen Ausschnitt zu Gesicht, und dieser erlaubt uns ebensowenig, daraus ein Gesamtbild zu konstruieren, wie es eine Unmöglichkeit ist, aus dem Verhalten eines Organes auf den Gesundheitszustand des ganzen Menschen zu schliessen.

Die Stilltätigkeit weist eine sehr erhebliche Zunahme auf, und zwar ganz besonders seit Einführung des Stillgeldes. Die Stilldauer aber hat nur wenig zugenommen. Dass die zweite Fassung des Gesetzes betreffend das kantonale Stillgeld nur eine geringe Steigerung der Stilltätigkeit zur Folge hatte, liesse vielleicht den Gedanken aufkommen, den Termin der Auszahlung der Prämie hinauszuschieben, oder das Stillgeld in mehreren Raten zu verabfolgen. Diese Art der Auszahlung würde wahrscheinlich auch eine Zunahme der Stilldauer bewirken.

Als weiteren Erfolg müssen wir die Verbreitung der wichtigsten hygienischen Kenntnisse in weite Volkskreise anführen.

Nicht nur, dass viel weniger Ernährungsfehler gemacht werden, auch die Kleidung und überhaupt die Pflege des Säuglings steht in Bezug auf Sauberkeit im allgemeinen auf einem höheren Niveau als früher. Die Hautkrankheiten haben deutlich, noch mehr Soor und Stomatitis, an Häufigkeit abgenommen, und ein grosser Teil dieser Erkrankungen pflegt ja durch Schmutzinfektion bedingt zu sein.

Zum Schluss sei auch hier darauf hingewiesen, dass ein grosser Nutzen der Beratungsstelle auch darin liegt, die Krankheiten in ihren Anfängen zu erkennen und sie einer geeigneten Behandlung zuzuführen; sei es, dass sie selbst die nötigen therapeutischen Vorkehrungen trifft, wenn es sich nur um leichtere Störungen handelt, sei es, dass sie die kleinen Patienten an Privatärzte oder Spitäler zur Behandlung überweist.

So gelingt es, schon den kleinsten Anfängen einer Krankheit entgegen zu treten, und sie wirksam zu bekämpfen.

Der Wert der Mütterberatungsstellen und die Möglichkeiten eines weiteren Ausbaues.

Beim Überblick über die Tätigkeit der Mütterberatungsstellen drängen sich verschiedene Fragen auf. Einmal ist es von Interesse, zu wissen, wie an anderen Orten der Gedanke der Mütterberatung aufgefasst und praktisch durchgeführt wird. Die Consultation de nourrissons von Budin haben als nachahmenswertes Beispiel fast auf alle Staaten gewirkt. Wir sehen, dass jetzt die Beratungsstellen für Mutter und Kind — freilich in verschiedenen Variationen, jedoch immer demselben Grundprinzip folgend — in allen Kulturländern anzutreffen sind. Wenn wir uns in der Literatur umsehen, so finden wir, dass an die Beratungsstellen im Grunde überall die gleichen Forderungen gestellt werden.

Zunächst ist die wichtigste Aufgabe eine eindringliche Stillpropaganda, und die intensive Belehrung der Mütter auf dem Gebiet hygienischer Säuglingspflege und Lebenshaltung. Wenn künstliche Ernährung unumgänglich notwendig ist, so werden Ratschläge über die Zubereitung der Milch gegeben, und unter Umständen zubereitete Milch in trinkfertigen Portionen verabfolgt. Ferner sorgt man dafür, dass jeder Säugling möglichst regelmässig zur Sprechstunde gebracht wird, und durch Hausbesuche ist die Fürsorgeschwester bestrebt, das Milieu der Fürsorgebedürftigen kennen zu lernen und Anweisung zur Pflege und Ernährung des Kindes zu geben und eventuell die Verordnungen des Arztes ausführen zu helfen. Endlich wird vielfach darauf hingewiesen, dass eine gute Fürsorge in einer Grosstadt 60—80% aller Säuglinge erfassen soll (13).

Die kranken Kinder werden an Privatärzte, Spitäler oder Polikliniken verwiesen. Gerade hier ist nun eine scharfe Grenze nicht zu ziehen. Es sind sehr verschiedene Meinungen darüber geäussert worden, wie sich der Fürsorgearzt ganz leichten Erkrankungen gegenüber zu verhalten habe.

An der preussischen Landeskonferenz für Säuglings- und Kleinkinderschutz 1926 verlangte Sanitätsrat Dr. Sternberg, dass in der Fürsorge nur wirklich Fürsorge betrieben und jede Behandlung abgelehnt werde.

Wenn man sich aber ganz streng an die Vorbeugung hält, so ist ein solches Verfahren nach Tugendreich (46) nicht durchführbar ohne erhebliche Schädigung der Fürsorgestelle, ja überhaupt des Fürsorgegedankens; und er betont weiter, dass die Folge des Misskredits, in den die Fürsorgestelle geriete, die Bedrohung der Freiheit des ärztlichen Berufes sei, und so sei den-

jenigen Mächten, die eine Sozialisierung des Ärztestandes erstrebten, eine neue Waffe in die Hand gegeben.

Von verschiedenen Seiten ist darauf hingewiesen worden, dass die Überwachung der Säuglinge in den Beratungsstellen eine vorbeugende sein soll (6).

In praxi heisst vorbeugen: die Anfangszustände einer Krankheit therapeutisch erfassen, also die beginnende Krankheit im Keim ersticken. Freilich gehört hierher auch die zweckmässige Pflege, welche der Krankheit überhaupt jede Möglichkeit, festen Fuss zu fassen, nehmen soll.

Bei der Besprechung der Arbeitsweise einer Säuglingsfürsorgestelle spricht Kreuser (24) von Beratungen, diagnostischen Feststellungen (Tbc. Diphtherie) und vorbeugender Behandlung der Rachitis, Krampfkrankheiten und Ekzeme.

Als zu den prophylaktischen Aufgaben der Fürsorgestelle gehörig erwähnt Tugendreich die Behandlung der leicht reparablen Anfänge der Ernährungsstörungen. Kranke Säuglinge sollen im allgemeinen nicht behandelt werden, da die Gefahr einer Schädigung der Privatärzte naheliege; andrerseits weist er aber darauf hin, dass arme Leute oft erst dann den Arzt aufsuchen, wenn es zu spät ist (44).

Überblicken wir einesteils die praktische Arbeit in den Beratungsstellen, andernteils die verschiedenartigen Vorschläge zur Festlegung der Grenzen der Fürsorgetätigkeit, so können wir also sagen, wie es auch im Handbuch der sozialen Hygiene (13) zusammengefasst ist, dass, obgleich die Beratungsstelle keine Ambulanz oder Poliklinik ist, doch an der Beratung solcher Kinder festgehalten werden muss, bei denen es sich um Kleinigkeiten handelt. In der Beratung dieser Bagatellerkrankungen ist freilich ihre Behandlung zum grossen Teil mitinbegriffen.

Das bezieht sich auch auf die Anfänge folgenschwerer Erkrankungen, denn nach Tugendreich (47) hat die öffentliche Gesundheitsfürsorge das Recht, gründliche Heilung solcher verbreiteter Volkskrankheiten möglichst zu sichern, die bei erfahrungsgemäss sonst oft ungenügend durchgeführter Behandlung später der öffentlichen Hand grosse Ausgaben verursachen. Solche Volkskrankheiten sind besonders Rachitis und Tbc. Die Fürsorgestelle ist sehr geeignet, die geringen Frühsymptome zu erkennen und besser imstande, die langdauernde Behandlung zu übernehmen, als der Privatarzt. Dem „sich der Behandlung entziehen“ soll die nachgehende Fürsorge abhelfen.

Endlich ist für den Erfolg der Fürsorge sehr wichtig die ununterbrochene Fortdauer der Beobachtung und damit auch

eine möglichst geringe Anzahl behandelnder Ärzte (14). Auch dieser Gedankengang führt wieder zur gleichen Erkenntnis, nämlich, dass es eventuell zweckmässig ist, wenn die Fürsorgestelle die ambulante Behandlung kranker Kinder übernähme, oder wenigstens solche Krankheiten behandelte, die von besonderer Bedeutung sind für die Volksgesundheit: Lues, Tbc., Scrophulose, Rachitis.

Allerdings gelten diese Vorschläge besonders dort, wo keine obligatorische Krankenversicherung sämtliche minderbemittelten Kreise umfasst.

Neben diesen Stimmen, die für einen Ausbau dieser Fürsorgebestrebungen eintraten, hat es aber nicht an Stimmen gefehlt, die solche Einrichtungen für unnötig und der Privatpraxis der Ärzte für schädlich erachteten. Anknüpfend an solche Behauptungen hebt Tugendreich hervor (46), dass der Ausbau der Fürsorgebestrebungen eine wirtschaftliche Schädigung der Ärzte nach sich zu ziehen scheine, dass aber immer wieder neue Fortschritte der Hygiene und der anderen Zweige der Medizin neue Betätigungsgebiete für den Arzt eröffne.

Die Beeinträchtigung der ärztlichen Privatpraxis durch die Ausdehnung der Fürsorgesprechstunde ist — darauf wird im Handwörterbuch der sozialen Hygiene (15) nachdrücklich hingewiesen — fast ganz ausgeschlossen, weil die für die Fürsorgestelle geeignete Klientel nicht zum Privatarzt geht, um für ein gesundes Kind Rat zu holen, oder bei Erkrankung erst dann Rat holt, wenn es zu spät ist, und schliesslich zwar den Privatarzt konsultiert, aber nicht bezahlt. Freilich dürfte dieser letzte Einwand heute im Zeitalter der Krankenkassen wohl am wenigsten zutreffen.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, wie auch im oben angeführten Handwörterbuch betont wird (15), dass ein Behandlungsverbot der ganzen Organisation gleichsam einen Schlag ins Gesicht versetzte, denn die fürsorgebedürftige Klientel setzt sich zusammen aus Familien, wo die Frau meistens mitverdienen muss, und wo die misslichen finanziellen Verhältnisse es nicht gestatten, viel Zeit zu verlieren in den Sprechstunden von Ärzten oder Polikliniken. Daher ist es zweckmässig, wohl gemerkt nur in den Fällen geringfügiger Affektionen, die Behandlung solcher kleiner Erkrankungen der Beratung gleich mit anzuschliessen und hat dadurch einen doppelten Vorteil; erstens wirkt z. B. die richtige Versorgung einer Wunde auf die Mutter als Anschauungsunterricht, und zweitens wird eine leichte Krankheit in den ersten Anfängen

gleich gepackt und ausgeheilt, während sonst wahrscheinlich die Angelegenheit als unwesentlich verschleppt wird, bis daraus eine schwere Erkrankung entstanden ist. Man erreicht also einen doppelten Nutzen, nämlich auf dem Gebiet der Erziehung und auf dem Gebiet der Prophylaxe.

Leicht kranke Kinder aus besser gestellten Kreisen wird man wohl beraten, sie aber zweckmässigerweise an den Privatarzt verweisen, da die Beratungsstelle in erster Linie eine Fürsorgeeinrichtung ist.

Wenn auf diese Art und Weise Fürsorge getrieben wird, so ist eine wirtschaftliche Schädigung des Ärztestandes nicht zu befürchten.

Als letzte Frage soll uns beschäftigen, ob ein weiterer Ausbau der Mütterberatungsstellen erwünscht ist, und ob neue Aufgaben einer Lösung harren.

Zunächst: sind Mütterberatungsstellen überhaupt immer noch notwendig? Es wird doch so überaus viel aufgeklärt, die Ernährung und Pflege des Säuglings ist eine viel bessere geworden und die Magendarmstörungen haben sehr abgenommen.

Wenn die Aufklärung, d. h. die Erkenntnis der primitivsten Gebote der Ernährung und der Sauberkeit ein gewisses Niveau erreicht hat, so ist damit noch lange nicht gesagt, dass diese Kenntnisse auf hygienischem Gebiet nun ein unerschütterlicher Bestandteil des Wissens bleiben werde; im Gegenteil, es ist eine bekannte Tatsache, dass der Mensch zu sehr dazu neigt, angelernte Vorsicht immer mehr ausser Acht zu lassen, wenn er nicht immer wieder dazu angehalten und darüber belehrt wird.

Die Kernaufgabe der Beratungsstelle bleibt: Vorbeugung, Prophylaxe (47), und diese kann nur durchgeführt werden, wenn eine regelmässige Kontrolle über Pflege und Ernährung des Säuglings wacht.

Schon bald, nachdem man eine gewisse Erfahrung erlangt hatte in der Praxis der Mütterberatungsstellen, ist der Vorschlag gemacht worden, die Mütterberatungsstellen, also Säuglingsfürsorgestellen, auszubauen zu Kleinkinderfürsorgestellen (43). Aus verschiedenen Gründen ist man dazu gekommen, das Kleinkinderalter, d. h. die Kinder im Alter von 1 bis zu 6 Jahren, also bis zum Beginn der Schulpflicht, in die Fürsorge mit einzubeziehen.

Tugendreich weist darauf hin (15), dass die Säuglinge Ende des ersten Lebensjahres aus der Aufsicht entlassen würden, als ob nun nichts mehr zu verderben wäre. Ferner glaubte man,

da alte Sitten und Gewohnheiten (Wickelkind etc.) vernünftiger Pflege und Ernährung des Säuglings gewichen sind, die Konstitution und Entwicklung des Kindes für die Dauer entscheidend beeinflussen zu können; aber die Erfolge der Säuglingsfürsorge sind rasch verpufft, wenn das Kleinkind ohne ärztliche Führung bleibt (47). Daher ist die Ausdehnung der Säuglingsfürsorgestelle zur Kleinkinderfürsorgestelle erforderlich. Der Zweck ist Erkennung und Behandlung von chronischen Krankheitszuständen, und dazu kommt noch das Erziehungsproblem (45).

In der Umfrage der Schriftleitung der Zeitschrift „Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter" (49) über: Welche Aufgaben erwachsen der offenen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in den nächsten Jahren, haben sich auch andere Stimmen dahin geäussert, dass ein Ausbau der Säuglingsfürsorgestellen zu Kleinkinderfürsorgestellen wünschenswert sei. (Hoffa u. a.)

Als Aufgaben stehen an der Spitze: Tbc- und Rachitis-Prophylaxe, Bekämpfung der Nährschäden der Süssigkeiten und dergleichen (Schmincke). Meyer-Housselle endlich betont, dass der Schularzt die objektiven Grundlagen der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge brauche. Wichtig seien Auskünfte über Tbc., ferner die sichere Kenntnis überstandener Infektionskrankheiten (besonders Masern), und eventuell Unterlagen zur Beurteilung der geistigen und nervösen Leistungsfähigkeit. Dazu sei eben eine Fortsetzung der Säuglingsfürsorge als Kleinkinderfürsorge erforderlich (27).

Die Mütterberatungsstellen in Basel sind nur auf die Beratung von Säuglingen eingestellt; nach zurückgelegtem ersten Lebensjahr erfolgt die endgültige Entlassung aus der Fürsorge, und so wichtig und einleuchtend die Miteinbeziehung des Kleinkinderalters in die Beratungsstunden ist, so stellen sich doch der praktischen Ausführung erhebliche Schwierigkeiten in den Weg, denn es wäre eine totale Umorganisation und ein sehr vermehrter Aufwand an Mitteln und Arbeitskräften notwendig, um in genügender Weise einer solch wichtigen und schwierigen Aufgabe gerecht zu werden.

Ferner haben wir gesehen, dass in Basel nur etwa 40% der Säuglinge von der Fürsorge erfasst werden; diese Zahl entspricht also bei weitem nicht dem verlangten Prozentsatz von 60—80% (13). Allerdings ist die Zahl der Fürsorgebedürftigen in vielen reinen Industriestädten grösser als in einer Stadt wie Basel, die vor-

wiegend Handelsstadt ist; doch weist die relativ geringe Zahl der erfassten Säuglinge in Basel den Weg, auf dem weiter zu schreiten die Aufgabe der Säuglingsfürsorge in Basel sein wird.

Nach Wendenburg (52) u. a. hat die Sterblichkeit in den ersten zehn Lebenstagen und auch in den ersten sechs Lebenswochen absolut und zwar erheblich zugenommen. Um diese hohe Sterblichkeit des ersten Lebensmonats herabzudrücken, wird betont, dass die gegebene Beratungsstelle das Wochenbett sei (7). Und da die Frühsterblichkeit zu einem grossen Teil bedingt ist durch die Frühgeburt, so soll nach Möglichkeit die Frühgeburt verhütet werden (Heinecke). Und hier setzt die Tätigkeit der Schwangerenberatung und Schwangerenfürsorge ein (34), und ist, wenigstens zum Teil mit eine Aufgabe des Geburtshelfers (9).

Von den Mütterberatungsstellen allein kann eine wirksame Beeinflussung der Frühsterblichkeit freilich nicht erwartet werden, obgleich eine möglichst frühzeitige Erfassung des Säuglings von Nutzen sein wird, und in diesem Sinne auch weiter gearbeitet werden muss.

Von grosser Wichtigkeit in dieser Hinsicht ist eine gute Ausbildung der Hebammen, so dass sie imstande sind, den Müttern richtige Ratschläge bezüglich des Stillens zu geben, und sie zum frühzeitigen Aufsuchen der Beratungsstelle anzuhalten. Ist doch die Hebamme in vielen Fällen die vertraute Ratgeberin der Mutter, und sie steht ihr meistens näher als der Arzt (18).

Zum Schluss sei noch verwiesen auf die schematische Darstellung der Säuglingssterblichkeit in drei Senkungsperioden (33).

1. Beseitigung der groben Verstösse bei der Pflege und Ernährung des Säuglings; hygienische Volksbelehrung.
2. Vermeidung der Erkrankungen der Verdauungsorgane (Beginn 1914).
3. Bekämpfung der Frühsterblichkeit, Verhütung von Lungenentzündung und akuten und chronischen Infektionskrankheiten (Beginn heute).

Wir sehen also, dass sich das Arbeitsfeld der Säuglingsfürsorge heute verschoben hat und die Bekämpfung von Frühsterblichkeit, Lungenentzündung, akuter und chronischer Infektionskrankheiten in den Vordergrund getreten ist.

Somit ist die Tätigkeit der Mütterberatung nicht etwa weniger notwendig oder gar entbehrlich geworden, weil die Ernährung des Säuglings nun von weiten Kreisen des Publikums besser verstanden wird, sondern ein neuer Aufgabenbereich erfordert

die Anstrengung aller Kräfte, um eine weitere segensreiche Tätigkeit der Säuglingsfürsorge zu entfalten und einen weiteren Rückgang der Säuglingssterblichkeit zu erzielen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem Lehrer Herrn Prof. Dr. Hunziker, auf dessen Anregung und unter dessen Leitung die vorliegende Arbeit ausgeführt wurde, ebenso Herrn Dr. Ryhiner, sowie auch dem Vorstand des Vereins für Säuglingsfürsorge meinen verbindlichsten Dank für ihre freundliche Mithilfe auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Ausset, E. *Recherches des moyens de vulgarisation des procédés hygièniques et des notions de puériculture.* Congrès international pour la protection de l'enfance. Bruxelles. 1913.
2. Bimal Chandra Guha. *Mutter- und Säuglingsfürsorge in England.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
3. Bluhm, A. *Die Stillungsnot, ihre Ursachen und die Vorschläge zu ihrer Bekämpfung.* Zeitschrift für soziale Medizin. 1908.
4. Boenheim, C. *Die Überwachung der geistigen Entwicklung der Kinder in den Säuglingsfürsorgestellen.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1930.
5. Brandenberg. *Mütterberatungsstellen.* Schweiz. Zeitschrift für Gesundheitspflege. 1923.
6. Buttermilch, W. *Über den Wert einer zentralisierten, kommunalen Säuglingsfürsorge.* (Vortrag.) Archiv für soziale Hygiene. 1912.
7. Cramer, H. *Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge.* Zeitschrift für soziale Medizin. 1909.
8. Dölling, H. *Meine praktischen Erfahrungen in der Säuglingsfürsorge in der Provinz Niederschlesien.* Fortschrittl. Gesundheits-Fürsorge. 1929. (Ref. im Zentralblatt für die ges. Hygiene. 1930.)
9. Federhen, L. *Über die Frühsterblichkeit der Säuglinge und ihre Bekämpfung.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1930.
10. Feer, E. *Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang.* Festgabe zur Einweihung der Neubauten Universität Zürich. 1914.
11. Fischer, A. *Grundriss der sozialen Hygiene.* 1913.
12. Freudenberg, K. *Säuglingsfürsorge und Statistik.* Archiv für soziale Hygiene. 1928.
13. Gottstein, Schlossmann, Teleky. Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. 1927.
14. Gottstein und Tugendreich. Sozialärztliches Praktikum. 1918.
15. Grotjahn und Kaup. Handwörterbuch der sozialen Hygiene 1912.
16. Hagen. *Werbung zur Erfassung der fürsorgebedürftigen Säuglinge und die Ärzteschaft.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
17. Hagenbach-Burckhardt, E. *Über die heutigen Bestrebungen der Säuglingsfürsorge in der Schweiz, speziell in Basel.* Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Säuglingsfürsorge. 1911.
18. Hamburger, P. *Wie können wir das Stillen der Mütter fördern?* Wiener klinische Wochenschrift. 1905.
19. Hanssen, K. *Über die Sommersterblichkeit der Säuglinge nach Untersuchungen in Kiel, in den Jahren 1909, 1910 und 1911.* Archiv für soziale Hygiene. 1913.
20. Hilgenfeldt, O. *Sammlung und Abgabe von Frauenmilch durch die Säuglingsfürsorgestellen.* Deutsche Med. Wochenschr. 1923. (Ref. im Zentralblatt für die ges. Hygiene. 1924.)
21. Ischok, G. *Öffentliche und private Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter in Frankreich.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1931.
22. Keller, A. und Klumker, J. Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten. 1912.

23. Kettner, H. *Zur Frage eines Behandlungszwanges in den Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen Gross-Berlins.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
24. Kreuser, F. *Säuglingsfürsorge auf dem Lande.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
25. Langstein. *Wie darf Säuglingsfürsorge nicht betrieben werden?* Deutsche Mediz. Wochenschr. 1918.
26. Mautner, B. *Ärztlicher Bericht über die Tätigkeit der von den Vereinen: Säuglingsmilchverteilung und Caritas im XII. Bezirk in Wien errichteten Säuglings-Fürsorgestelle.* Zeitschrift für soziale Medizin. 1910.
27. Meyer-Housselle, O. *Forderungen des Schularztes an die Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorge.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1930.
28. Moll, L. *Wie arbeiten die Mütterberatungsstellen im Dienst der Volksgesundheit?* Volksgesundheit. 1927. (Ref. im Zentralblatt für die ges. Hygiene. 1927.)
29. Mosse, K. *Säuglingsfürsorge und Todesfälle.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1931.
30. Oppenheimer, K. *Über Säuglingsfürsorge in Paris mit Vorschlägen zum Säuglingsschutz, in München.* Münchner Mediz. Wochenschrift. 1905.
31. Oppenheimer, K. *Über die Errichtung von Beratungsstellen für Mütter von Säuglingen in München.* Münchner Mediz. Wochenschrift. 1906.
32. Reploh, H. *Die Ursachen der Frühsterblichkeit.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1930.
33. Rott, F. *Die Frühsterblichkeit.* Archiv für soziale Hygiene. 1928.
34. Rott, F. *Die Sterblichkeit in den ersten sieben Lebenstagen.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1925/26.
35. Rott, F. *Zur Frage der Fürsorgebedürftigkeit im Säuglingsalter.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
36. Rott, F. *Die drei Senkungsperioden der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
37. Schmidt, F. *Zur Frage des Einflusses der Ernährung auf die Morbidität des Säuglings- und Kleinkinderalters.* Deutsche Zeitschrift f. öffentl. Gesundheitspflege 1928. (Ref. im Zentralblatt für ges. Hygiene. 1929.)
38. Schur, E. *Fragen der Volksbelehrung.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1928.
39. Selter, P. Praktische Gesundheitsfürsorge. 1929.
40. Spaet, F. Der Fürsorgearzt. 1921.
41. Stransky, E. *Ergebnisse der öffentlichen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Wien.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
42. Stransky, E. *Neue Wege der Säuglingsfürsorge.* Wiener klin. Wochenschrift. 1928. (Ref. Zentralblatt für d. ges. Hygiene. 1929.)
43. Tugendreich, G. *Fürsorge für die Kleinkinder.* Archiv für soziale Hygiene. 1911.
44. Tugendreich, G. Die Mutter- und Säuglingsfürsorge. 1910.
45. Tugendreich, G. Die Kleinkinderfürsorge. 1919.
46. Tugendreich, G. *Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestelle als Mittelpunkt sozialhygien. Fürsorge.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
47. Tugendreich, G. *25 Jahre Berliner Säuglingsfürsorgestellen.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1930.
48. Uffenheimer, A. *Zwei Jahre offene Säuglingsfürsorge.* Münchner Mediz. Wochenschrift. 1911.

49. Umfrage der Schriftleitung: *Welche Aufgaben erwachsen der offenen Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in den nächsten Jahren?* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1930.
50. Vidal. *Welche Erfolge erzielt die Säuglingsberatungsstunde?* Münchner Mediz. Wochenschrift. 1910.
51. Vidal. *Überwindung der Stillhindernisse durch die Mütterberatungsstellen.* Münchner Mediz. Wochenschrift. 1912. (Ref. in d. Hygienischen Rundschau. 1913.)
52. Wendenburg, F. *Das Problem der Frühsterblichkeit des Säuglings.* Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter. 1926/27.
53. Wolff, S. *Hemmungen der Säuglingsfürsorge.* Deutsche Mediz. Wochenschrift. 1918.
54. Wulfahrt, R. *Die Säuglingssterblichkeit in Basel von 1870—1925.* Schweiz. Zeitschrift f. Gesundheitspflege. 1927.